

記入例

診療情報提供書(画像検査依頼書)

<様式2>

送付先: 予約専用

FAX番号をお間違いなく

(西暦) 年 月 日

FAX 079-451-8653

紹介元医療機関

地方独立行政法人 加古川市民病院機構

加古川中央市民病院

放射線診断科 先生

名称

医師名

科名

TEL

FAX

フリガナ		男	(西暦)	年	加古川中央市民病院受診歴
患者名	旧姓 () 必ず記載お願いします。	女	月	日	有・無
住所	〒	TE	検査部位に□を入れ、詳細を○で囲んでください		

 C T (単純・造影)

検査部位

- 頭部 ()
 頸部 ()
 胸部
 腹部 ()
 四肢/関節
 大血管 ()
 大血管 ()
 骨盤部
 CTCA (HR)
 その他 ()
※大腸 CT を
- ※造影を選択された場合、別途 同意書と
問診票が必要となります

 MRI (単純・造影)

検査部位

- 頭部 (脳・MRA・下垂体・その他)
頭部 (MRA・甲状腺・その他)
胸部 (縦隔・乳房(左/右)・その他)
上腹部 (肝胆膵・MRCP・腎・その他)
骨盤部 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・陰のう・その他)
上肢/関節 ()
下肢/関節 ()
椎体 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎・その他)
大血管 動脈 (胸部)
大血管 静脈 (胸部)
その他 ()

 R I

検査部位

- 骨シンチ
運動負荷心筋シンチ
薬剤負荷心筋シンチ
心筋交感神経シンチ
脳血流シンチ
DATスキャン
その他 ()
- *必ずご記入下さい。
身長: cm 体重: kg

身長・体重を必ず
ご記入下さいMRI ご依頼の場合
必ずチェックしてください※左記に示すものがすべて
□ 無
(有の場合、要相談) MMG (両方・右・左)

一般撮影 (撮影部位:)

 骨密度測定(撮影部位: 腰椎 左大腿骨頸部 右大腿骨頸部)

検査希望日

第1(月日曜日)・第2(月日曜日)・いつでもよい

検査

下記の患者さんは条件付きでMRI検査可能になりますので、該当する場合は必ずご記入ください。

- 条件付き MRI 対応ペースメーカー→当院不整脈外来を受診し、チェック上条件下で検査可能
- ステント、ステントグラフト→手術後8週間経過していること
- 人工弁、人工関節、入墨、閉所恐怖症、MRI 対応型脊髄刺激装置 等

診断名

画像出力方法をいずれか1つ選択してください

画像出力方法 : CD-R フィルム 地域連携 BOX

改訂: 2021年11月